



BEREDSKAPSANALYSE INNEN HELSE
Helse Øst RHF
Smittevern med fokus på pandemi
Delrapport

September 2006
Dok. nr. ST-60009-RA-1-Rev01

Rapporttittel:

Beredskapsanalyse innen helse, Smittevern med fokus på pandemi

Kunde: Helse Øst RHF	Prosjekt nr.: P60009
Dok. nr.: ST-60009-RA-1-Rev01	Forfatter(e): Sigrun K. Sæther og Grete Aastorp
Fil ref.: P60009 Smitte_pandemi rev01	

Oppsummering:

 Rapporten presenterer resultatene av beredskapsanalyse i Helse Øst med tema: **Smittevern med fokus på pandemi**
Nøkkelord:

 Beredskapsanalyse, Beredskap
Smittevern, Pandemi

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Begrenset | <input type="checkbox"/> Intern |
| <input type="checkbox"/> Fri distribusjon | <input type="checkbox"/> Referanse tillatt |

Rev. nr.	Dato	Utarbeidet av	Kontrollert av	Godkjent av	Grunn for revisjon
00	2006-09-06	Grete Aastorp	Sigrun K. Sæther		Sendt for kommentar til SHdir og FHI
01	2006-09-06	Grete Aastorp	Sigrun K. Sæther	Jon Espen Skogdalen	Sendt for kommentar til deltakerne

INNHOLD

1	BAKGRUNN	2
1.1	Mål.....	2
2	METODIKK.....	2
3	SCENARIOER BENYTTET I ANALYSEN	3
3.1	Scenario 1 Interpandemisk periode.....	3
3.2	Scenario 2 Pandemisk årvåkenhetsperiode	3
3.3	Scenario 3 Pandemisk periode, tidlig fase	4
3.4	Scenario 4 Pandemisk periode, fullt utbrudd	4
4	STATUS	4
4.1	Hvilke planer finnes?	4
4.2	Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa	5
5	FØRVENTEDE UTFORDRINGER I HF/RHF VED UTBRUDD AV PANDEMISK INFLUENSA	5
6	FØRSLAG TIL OPPFØLGENDE TILTAK.....	7
7	ANBEFALINGER TIL REGIONAL HELSEBEREDSKAPSPLAN FOR HELSE ØST	15
7.1	Smittevernberedskap generelt eller pandemi spesielt?	15
7.2	Aktører, roller og ansvar	15
7.3	Ledelse.....	16
7.4	Informasjon.....	16
7.5	Rapportering.....	17
7.6	Samordning	17
8	REFERANSER.....	18

1 BAKGRUNN

Lov om Helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000 (ref 1) og dertil hørende Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid (ref 2), stiller krav til de regionale og lokale helseforetakene (RHF og HF) om å utarbeide beredskapsplaner for virksomheten.

Helse Øst RHF (HØ) er nå i ferd med å revidere sin regionale plan for helsemessig og sosial beredskap. HØ har basert sin beredskapsplan på egne ROS-analyser (ref 3) og Nasjonal ROS- og beredskapsanalyse i regi av SHdir (ref 4). For å videreutvikle beredskapsevnen i regionen, ønsket HØ å gjøre mer spesifikke beredskapsanalyser innen følgende tema:

- Smittevern med fokus på pandemi
- Forsyningsberedskap med fokus på svikt i legemiddelforsyning
- Forsyningsberedskap med fokus på svikt i forsyning av helsemateriell

Denne rapporten beskriver gjennomføringen av samt resultat fra temadagen om Smittevern med fokus på pandemi.

Deltakere på temadagen var ca 25 personer fra HF (samtlige i Helse Øst), RHF (Helse Øst og Helse Sør), Sosial- og helsedirektoratet (SHdir), Nasjonalt Folkehelseinstitutt (FHI), Politidirektoratet (PD) og Oslo Politidistrikt.

1.1 Mål

Målene med analysedagen og denne rapporten er:

- Avstemme forventninger samt fordele ansvar og oppgaver mellom de ulike nivåene i forvaltningen
- Operasjonalisere tiltak fra den nasjonale pandemiplanen
- Skape felles forståelse mellom helsemyndigheter, RHF-nivå og HF-nivå av hva som skal løses og av hvem
- Komme med gode forslag til hvordan regionens beredskapsevne kan styrkes
- Dele kunnskap
- Gi innspill til regional helseberedskapsplan
- Utarbeide en rapport som også vil hjelpe HF-ene i videre beredskapsplanlegging

2 METODIKK

I Pandemiplanen (ref 5), samt ROS- og beredskapsanalyse utført i regi av SHdir (ref 4) er det fremmet en rekke tiltak ved ulike faser under en pandemi. Hovedmålet med dette arbeidet var derfor ikke primært å generere nye forslag til tiltak, men å operasjonalisere eller konkretisere de forslag som allerede foreligger.

Analysedagen ble delt inn i to hovedseksjoner. Dagen startet med følgende innlegg:

1. Hvilke planer har vi? Hvilke trenger vi? Behov for systematisering, forenkling og integrering
2. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Kort om planen og de viktigste utfordringene med fokus på oppgaver på RHF/HF-nivå
3. Målgrupper for vaksiner og antiviralia; Hvem og hvor lenge?
4. De viktigste utfordringene fra HF-enes side / UUS som sentralt beredskapsorgan
5. Særskilte problemstillinger ved HF-ene knyttet til prioritering og transport
6. Utfordringer ved bruk av Ahus Stensby som kohort isolat

Del to av dagen var avsatt til selve analysen. Safetec utarbeidet en metodikk der deltakerne gjennom gruppearbeid fikk jobbe med 4 ulike scenarier (se kapittel 3). Til hvert scenario fulgte en oversikt over de tiltak

som RHF/HF hadde ansvar for i hht den nye Pandemiplanen. Resultatene fra gruppearbeidene ble skrevet inn i et skjema (figur 1) som dannet grunnlag for plenumsdiskusjon.

Scenario 1 Fugleinfluenza i Norge	Hovedfokus: 1. Planlegging og koordinering 2. Overvåkning og vurdering 3. Forebygging og begrensning	Gruppe 1
Utfordring: <ul style="list-style-type: none"> • Gå igjennom vedlagte tabell. Drøft hvordan tiltakene skal operasjonaliseres på RHF og/eller HF nivå. • Vurder eventuelle andre tiltak som er nødvendig for å håndtere den skisserte situasjonen. Husk hovedfokus. 		
Tiltak operasjonalisert RHF/HF - konkretisert	Bør forhåndsplanlegges?	Hvem har ansvar?
Eks Tegne varslingskart for linja RHF – HFene - fagmiljøene	Svar Ja! Inngå i ny revisjon av helseberedskapsplan HØ	Svar RHF m innspill fra HFene

Figur 1 Prosessfigur for beredskapsanalyse Smittevern med fokus på pandemi

Det var 4 grupper hvor 2 og 2 grupper jobbet med det samme scenarioet, men med ulike hovedfokusområder. Etter scenario 1 og 2 la gruppene fram sine resultater, og ulike problemstillinger ble drøftet i plenum. Tilsvarende plenumsdrøfting ble gjennomført i etterkant av scenario 3 og 4.

Scenarioene er vist i kapittel 3.

3 SCENARIOER BENYTTET I ANALYSEN

3.1 Scenario 1 Interpandemisk periode

Influenzavirus i utbrudd hos fugl

Fugleinfluenzaen har nå spredt seg til store deler av landet. Det er landsomfattende forbud mot å la fjørfe gå ute. Villfuglbestanden er hardt rammet, og det kommer stadig inn meldinger om nye funn av døde fugler.

Blant befolkningen er det stor oppmerksomhet rundt fugleinfluenzaen, og i dagspressen meldes det stadig om tilfeller i andre land der man er usikre på om mennesker har blitt smittet. I enkelte land er smitte til mennesker påvist, men da kun i forbindelse med svært stor smitteeksponering.

Helsetjenesten har hatt en viss pågang av engstelige pasienter med influensasymptomer, og salget av munnbind har økt på tross av at man har informert om at dette ikke anbefales brukt med mindre man er smittet.

3.2 Scenario 2 Pandemisk årvåkenhetsperiode

Infeksjonsutbrudd i andre land

Ryktene om en mulig influensaepidemi bekreftes i dag. Sosial- og Helsedirektoratet (SHdir) og Folkehelseinstituttet (FHI) bekrefter at en ny subtype av influensaviruset er påvist smittet mellom mennesker i Beijing. 12 mennesker er meldt døde og over 100 er påvist smittet.

Smitten er foreløpig avgrenset, og det er for tidlig å si om viruset smitter så lett mellom mennesker at det er fare for en pandemisk influensa.

En gruppereise med en rekke deltakere fra Østlandet kom hjem fra Beijing for to dager siden.

3.3 Scenario 3 Pandemisk periode, tidlig fase

Norge rammet av pandemisk influensa. Fullt utbrudd i flere land i Europa

Influensapandemien sprer seg med uforminsket styrke. Her i Norge har vi foreløpig noenlunde kontroll, men erfaringer fra andre land som nå er rammet tyder på at Norge er i en tidlig fase av det som ser ut til å kunne bli den verste pandemien siden Spanskesyken i 1918. Helsetjenesten har hatt tilstrekkelig kapasitet så langt, men det er bare et tidsspørsmål før ekstraordinære tiltak må iverksettes.

På et fly fra Nederland kollapset en av passasjerene med høy feber ved ankomst Gardermoen. Passasjerer hadde respirasjonsproblemer og trengte innleggelse på sykehus. Flere slike tilfeller forventes i tiden fremover.

Profylaktisk behandling av nøkkelpersonell har nå høyt fokus. I tillegg settes det høyt fokus på å få gitt antiviralia til influensasyke så raskt som mulig etter symptomdebut. Ennå er ingen vaksiner tilgjengelig.

3.4 Scenario 4 Pandemisk periode, fullt utbrudd

Norge rammet av pandemisk influensa. Fullt utbrudd i Norge. Østlandet hardest rammet

Østlandet er nå er i ferd med å nå toppen av den første influensabølgen. Influensaen har rammet ualmennlig hardt, og ikke siden Spanskesyken i 1918 har det vært lignende tilstander. Utviklingen av en vaksine har tatt tid, og hittil er ingen i Norge vaksinert. Vaksinen forventes imidlertid til landet i løpet av et par måneder.

Helsetjenestens kapasitet er sterkt redusert på grunn av at rundt 20% av de ansatte er hjemme som følge av egen eller barns sykdom. Behovet for legehjelp er prekært. Man regner med at mange som egentlig burde hatt tilsyn av lege, ikke får det. Dette fordi det er svært vanskelig å komme gjennom til fastlege og legevakt på telefon. Kapasiteten er sprengt. Som følge av det store behovet har behandlingen med antiviralia for mange kommet for sent. I tillegg har man hatt store sikkerhetsmessige utfordringer knyttet til utdeling av legemidlet. Folk har i desperasjon kommet direkte til akuttmottaket på sykehuset, og sykehusenes avlastningsavtaler om utskrivning og hjelp fra andre institusjoner er maksimalt utnyttet.

4 STATUS

4.1 Hvilke planer finnes?

Det har foregått mye parallelt arbeid innen fagområdet smittevern/pandemi. Lanseringen av den nye revisjonen av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa har ført til behov for revisjon av planverk på alle nivå i helsesektoren. I HØ er det igangsatt et eget arbeide med formål å revidere tidligere kapittel og vedlegg om smittevernberedskap i helseberedskapsplanen.

Smittevernberedskapen er hjemlet i flere lovverk (med tilhørende forskrifter). De viktigste er:

- Lov av 23. juni 2002 om sosial og helsemessig beredskap
- Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (ref 6)
- Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjeneste
- Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen

Det er viktig at smittevernberedskapen knyttes tettest mulig opp til det beredskapsapparat som er etablert for andre kriser og ulykker.

4.2 Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa

Den tredje utgaven av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa er en revidert og utvidet versjon av den tidligere pandemiplanen. Planen følger anbefalinger og retningslinjer fra EU og WHO, og anbefaler oppdatering av beredskapsplaner for influensapandemier på alle nivåer innenfor helsetjenesten. Det oppfordres til å inngå tettere samarbeid mellom dyrehelsetjenester og folkehelsemyndigheter i det enkelte land.

Planarbeidet ble ledet av en arbeidsgruppe med deltakere fra SHdir og FHI. Planutkastet er vurdert av sentrale aktører innen helsesektoren. Planen er distribuert til alle aktører i beredskapsarbeidet, og er å finne på Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sine hjemmesider.

Planarbeidet for pandemiplanen ble utført innenfor en svært knapp tidsramme, og det er fremmet ønsker fra flere hold om å jobbe videre med en del av problemstillingene i planen. For å øke graden av konkretisering er det nedsatt 3 arbeidsgrupper. En gruppe skal se på logistikkmessige utfordringer knyttet til distribusjon av medikamenter og vaksiner mens gruppe to og tre skal spesifisere krav og forventninger til hhv spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Gruppene skal levere resultater av arbeidet i løpet av 2006.

5 FORVENTEDE UTFORDRINGER I HF/RHF VED UTBRUDD AV PANDEMISK INFLUENSA

Utfordringer HF-nivå:

- Uvanlig stor pasientpågang
- Betydelig sykdomsfravær blant de ansatte, både helsearbeidere og annet nøkkelpersonell
- Sykdom hos ansattes barn (og barnehager og skoler stenges?)
- Ansatte vegrer seg for å gå på jobb
- Stort smittepress på sykehuset
- Økte krav til effektivitet
- Stort informasjonsbehov fra pasienter, ansatte, pårørende, publikum og presse
- Mangel på utstyr og legemidler
- Mangel på infeksjonsmedisinsk- og mikrobiologisk kompetanse/kapasitet
- Logistikkutfordringer
- Administrasjon av ekstrapersonell, frivillige etc
- Sikkerhetsmessige utfordringer knyttet til transport, lagring og distribusjon av vaksiner og medikamenter
- Stort koordineringsbehov med kommunehelsetjenesten

Ved større smitteutbrudd vil transport av smittefarlige pasienter gi helsetjenesten store utfordringer. Personell i prehospitaltjenester vil tidlig kunne bli utsatt for smitte, mest sannsynlig uten å vite det. Ved kohortisolering vil det bli et økt behov for transport og helsepersonell. I forbindelse med et eventuelt større smitteutbrudd er Ahus Stensby utpekt som en av få enheter i regionen som er egnet til bruk som kohortisolat. Ahus Stensby synes å være godt egnet.

Utfordringer RHF-nivå:

- Prioritere knappe ressurser (personell, materiell, legemidler, vaksiner, spesiell kompetanse, analysekapasitet)
- Bistå HF med beslutningsstøtte
- Opprettholde størst mulig grad av produksjon
- Sikre at øyeblikkelig hjelp ytes
- Holde helsemyndighetene informert om situasjonen
- Ha samarbeid med andre regioner

6 FORSLAG TIL OPPFØLGENDE TILTAK

Tiltakstabellen under er basert på Tiltaksplanen fra kap 7 i Pandemiplanen. På analysedagen ble de tiltak der RHF (og implisitt HF) står som ansvarlig tatt ut og presentert for arbeidsgruppene. Oppgaven til gruppene var å drøfte hvert enkelt tiltak samt komme med presiseringer, konkretiseringer og evt behov for ytterligere avklaringer. På analysedagen var de to hovedforfatterne av Pandemiplanen til stede, noe som gjorde det mulig å avklare mye underveis. En arbeidsgruppe har i tillegg fått i oppdrag av FHI/SHdir å jobbe videre med hva som forventes forberedt av spesialisthelsetjenesten i forhold til en pandemisk influensa.

Tabellen under viser de utfyllende kommentarer som kom frem under møtet. I tillegg er ansvar fordelt mellom HF og RHF. Der det ikke står noe i ansvarskolonnen, er det andre som skal ivareta tiltaket. Noen av de tiltakene som ble fremmet på møtet fremkommer som utfyllende kommentarer. I tillegg er det nederst i tabellen listet noen ekstra tiltak. Disse er utdypet i denne rapportens kapittel 7. Den nasjonale ROS-analysen, delrapport Epidemi/pandemi, alvorlige sykehusinfeksjoner og terror med biologiske midler, er også gjennomgått. De tiltak som fremmes der, er nå ivaretatt av tiltakene som presenteres her.

Nr	Tiltak fra Pandemiplan	Utfyllende kommentarer	Ansvar (HF- og RHF-nivå)
Fase 1. Ingen nye virus			
1.	Gjennomgå (normalt årlig) beredskapsplaner og strategier for helsetjenesten		HF og RHF
2.	Avklare ansvars- og rapporteringslinjer	Gjøres primært på nasjonalt nivå, men HØ må kartlegge eget fagnettverk og få oversikt over kontaktpersoner i alle HF for å sikre riktig informasjon til fagmiljøene. HOD har utarbeidet egen mal for rapportering. Denne må gjøres kjent og distribueres til RHF og HF.	RHF med innspill fra HF
3.	Lage veiledere med retningslinjer for diagnostisering, behandling, forebygging, smittevern, bemanning, ivaretagelse av nøkkeloppgaver	Veiledere utarbeides primært av FHI. Sosial- og helsedirektoratet nedsetter en arbeidsgruppe som skal definere "nøkkelpersonell". Avtaler med frivillige org. og andre samarbeidspartnere må evt etableres.	Må drøftes hva som skal løses på RHF og HF nivå
4.	Utvikle strategi og sørge for at det er et virksomt system for forsyning av alle typer legemidler og beskyttelsesutstyr	Arbeidsgruppe på nasjonalt nivå i gang med å utrede dette.	Avvent resultat fra arbeidsgruppe.

Nr	Tiltak fra Pandemiplan	Utfyllende kommentarer	Ansvar (HF- og RHF-nivå)
Fase 2. Nytt virus hos dyr, Norge ikke berørt.			
1.	Gjennomgå tiltak under fase 1		HF og RHF
2.	Forberede mottak av enkelttilfeller	Retningslinjer gis av FHI, selve mottaket må planlegges av HF	HF
3.	Sørge for økt oppmerksomhet hos helsepersonell om ny type influensa, særlig hos personer som kommer fra berørte områder	Aktiv formidling av informasjon både innen fagnettverkene og til helsepersonell generelt. Viktig med god dialog mellom kommunehtj. og spes.h.tj.	HF
Fase 2. Nytt virus hos dyr, Norge berørt.			
1.	Vurdere ny influensatype hos syke personer som har hatt kontakt med berørte dyrearter	Retningslinjer for hvilke pasienter som skal sendes til sykehus for prøvetaking vil bli gitt av FHI. Både infeksjonsmedisinere og laboratoriene har viktige roller på HF.	HF
2.	Sørge for tilgjengelighet og distribusjon av beskyttelsesutstyr, antiviralia og vaksiner og gjennomgå regler for bruk	Det er nedsatt en egen arbeidsgruppe på nasjonalt nivå som skal utrede dette. Retningslinjer vil bli gitt fra FHI og SHDir. Enkelte sykehus har valgt å kjøpe inn Tamiflu for profylaktisk behandling av egne ansatte. Skal slik vurdering tillegges hvert enkelt sykehus eller bør regionen ta et standpunkt til dette? Saken diskuteres også i Sosial- og helsedirektoratet nå og arbeidet med en avklaring om hvem som skal gjøre hva er påbegynt	Avvent resultat fra arbeidsgruppe. Drøftes mellom RHF og HF og SHDir
3.	Sikre rask tilgjengelighet av diagnostiske tester når disse er klare	Sannsynligvis blir det snakk om selvutviklede virologiske tester på bakgrunn av primere tilgjengeliggjort internasjonalt. Folkehelseinstituttet vil ha en ledende rolle i dette i Norge.	
Fase 3. Smitte til menneske(r), Norge ikke berørt.			
1.	Gjennomgå tiltak under fase 1 og 2		HF og RHF
Fase 3. Smitte til menneske(r), Norge berørt.			
1.	Gjennomgå tiltak under fase 2 + Norge berørt		HF og RHF
2.	Aktivere kriseberedskap på alle nivåer og forsterke samarbeid mellom helsetjenesten, dyrehelsetjenesten og andre relevante samarbeidspartnere		HF og RHF

Nr	Tiltak fra Pandemiplan	Utfyllende kommentarer	Ansvar (HF- og RHF-nivå)
3.	Gjennomgå beredskapsplaner med økt oppmerksomhet på kapasitet	På HF-nivå bør det forhåndsplanlegges og kartlegges hvilke ekstraressurser som finnes på personellsiden (både helsepersonell og til øvrige oppgaver). Både egne ansatte, fra Sivilforsvar, Forsvar og frivillige organisasjoner må inngå i oversikten. Behov for avtaler vurderes både på RHF- og HF-nivå.	HF og RHF
4.	Teste beslutningsprosedyrer og rapporteringslinjer	Kan gjøres ved å gjennomføre varslingsøvelser, samt sørge for at viktige meldinger kvitteres mottatt. Sosial- og helsedirektoratet vil være sentral mhp. nasjonale øvelser. Kan gjerne også gjennomføres regionalt, jf. Helse Vests vaksineøvelse.	RHF
5.	Trene helsepersonell til å oppdage klynger med pasienter	FHI utarbeider informasjon som distribueres til helsepersonell. HF tar selv ansvar for å sikre at informasjon og opplæring når den enkelte ansatte.	HF
6.	Sikre iverksettelse av smitteverntiltak for å forebygge sykehusinfeksjoner	<p>Dette bør inngå som en del av virksomhetenes infeksjonskontrollprogram, evt supplert med spesielle anbefalinger fra FHI knyttet til det enkelte infeksjonsutbrudd.</p> <p>Innkjøp av lager av smittevernmateriell vurderes av nasjonal arbeidsgruppe først. De gir føringer for hva som bør gjøres. Deretter tilpasninger i hvert HF.</p>	HF
7.	Sikre etterlevelse av sikkerhetsnivåer i laboratorier og forsendelse av prøver	Viktig med dialog med kommunehelsetjenesten ang hvilke pasienter som skal prøvetas hvor, og hvilke prøver som skal tas + sikkerhet ved oversendelse.	HF
Fase 4. Begrenset smitte mellom mennesker, Norge <u>ikke</u> berørt.			
1.	Gjennomgå tiltak under fase 3		HF og RHF
Fase 4. Begrenset smitte mellom mennesker, Norge berørt.			
1.	Gjennomgå tiltak under fase 3 + Norge berørt		HF og RHF

Nr	Tiltak fra Pandemiplan	Utfyllende kommentarer	Ansvar (HF- og RHF-nivå)
2.	Aktivere kriseplaner for hvordan møte økt pasientpågang og finne alternative strategier for isolering og behandling	<p>Alternative isoleringsmuligheter må forhåndsplanlegges og bør allerede nå inngå som en del av beredskapsplan for smitte ved det enkelte HF. Hvert HF bør identifisere enten et bygg/en avdeling innenfor sin egen bygningsmasse eller andre lokaler som kan egne seg for isolering av et større antall pasienter. Ahus Stensby synes å være en god ressurs på regionalt nivå, men hvis hele sykehuset skal benyttes til kohortisolering krever dette både forhåndsplanlegging og opplæring av ansatte.</p> <p>Mange kommuner har også blinket ut lokaler, og det bør tidlig tas kontakt for å koordinere dette.</p> <p>Retningslinjer for lokaler og utstyr på kohortisolat er gitt av WHO.</p>	HF RHF (Ahus Stensby som regional ressurs for kohortisolering)
3.	Iverksette planer for overfylte sykehus og personellmangel her og i alle andre nøkkelvirksomheter i samfunnet	Sammen med kommunehelsetjenesten må det vurderes alternative måter å utnytte knappe helseressurser på (Ambulerende helseteam som oppsøker pasientene hjemme, "intermediær-tilbud" i grenseland mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste etc.)	HF
4.	Undervisning om smitteverntiltak og vedlikeholde lagre av beskyttelsesutstyr	Nasjonal avklaring først angående smitteverntiltak. Deretter tilpasning på regionalt og/eller nasjonalt nivå.	
Fase 5. Økende, men ikke svært smittsomt, Norge ikke berørt.			
1.	Gjennomgå tiltak under fase 4		HF og RHF
2.	Revurdere kriseplaner for helsetjenestens respons på alle nivåer og med særlig vekt på tiltak under bølgetoppen		HF og RHF
3.	Iverksette forsterket rapportering av beredskapsstatus i helsetjenesten	Retningslinjer på hva som ønskes rapportert blir gitt av helsemyndighetene.	HF og RHF
4.	Sikre at helsepersonell får opplæring og trening i å oppdage og håndtere influensatilfeller	Retningslinjer gis av FHI i tråd med internasjonale anbefalinger. HF viderebringer informasjon til egne ansatte og sørger for nødvendig opplæring. Smittevernpersonell og infeksjonsmedisinere blir viktige støttespillere i opplæringen.	HF
Fase 5. Økende, men ikke svært smittsomt, Norge berørt.			
1.	Gjennomgå tiltak under fase 4 + Norge berørt		HF og RHF

Nr	Tiltak fra Pandemiplan	Utfyllende kommentarer	Ansvar (HF- og RHF-nivå)
2.	Iverksette full mobilisering av helsetjenesten og av alle beredskaps- og kriseplaner i berørte områder, inkl. samarbeid med kriseberedskapen i andre sektorer		HF og RHF
3.	Iverksett krisemottak av pasienter og andre krisetiltak for effektiv bruk av helsetjenesten	Det bør relativt tidlig i planleggingen besluttes om det skal være egne mottak for pasienter med antatt smittefarlig sykdom. HF må også vurdere å opprette en eller annen form for triage utenfor sykehuset hvis man ønsker å forhindre at disse pasientene kommer til det ordinære mottaket.	HF
4.	Iverksette planer for ekstraordinær bemanning i helsetjenesten	Bruk av studenter og ikke-sertifisert helsepersonell må sees på spesielt.	HF
5.	Sikre tilgang til helsetjeneste til personer i karantene	Ambulerende helseteam må planlegges i samarbeid med kommunehelsetjenesten.	HF
6.	Organisere tilgang på ekstra materiell	Hvis det blir knapphet på helsemateriell i Norge, vil FHI og SHdir/HOD arbeide for å løse krisen gjennom internasjonalt samarbeid. Eventuelle "nød-tiltak" iverksettes i samråd med helsemyndighetene. WHO stiller ikke krav om tilgang på respiratorer ved kohorter for influensasyke ved en pandemi. Trolig vil tilgang på personell også bli en knapphetsfaktor i tillegg til utstyrsmangel. Det anbefales imidlertid at HF skaffer seg en oversikt over respiratorer (og anesthesiapparater som kan fungere som respiratorer), samt personell som kan betjene respiratorer/drive intensivsykepleie. Kapasitet på annen pustestøtte som CPAP, BiPAP samt sug kan også være aktuelt å ha oversikt over. Retningslinjer for hvilke pasienter som skal prioriteres for det utstyr som finnes vil bli gitt av helsemyndighetene?	HF
7.	Iverksette prosedyrer for håndtering av lik	Retningslinjer vil bli gitt av FHI. Lik er mindre smittsomme enn levende mennesker. Smitte kan ev. tenkes ved obduksjon og manipulering av lungene eller lignende Politiet kan bistå med å fremskaffe ekstra kjølekapasitet (frysebiler). Gravferdsbyråene har egen beredskapsplan for å håndtere økt antall døde.	
Fase 6. Pandemi, Norge ikke berørt.			
1.	Gjennomgå tiltak under fase 5		HF og RHF

Nr	Tiltak fra Pandemiplan	Utfyllende kommentarer	Ansvar (HF- og RHF-nivå)
2.	Opprettholde kriseberedskap og kommandolinjer i helsetjenesten		HF og RHF
3.	Oppdatere prosedyrer og retningslinjer for å finne smittede, behandling, smittevern og overvåking i tråd med råd fra WHO's kasusdefinisjoner	Ivaretas av FHI.	
4.	Gjøre helsepersonell klar til å ta imot de første pasientene	Retningslinjer fra FHI. Opplæring og prosedyrer gjøres lokalt ved det enkelte HF.	HF
5.	Sikre mulighet for smitteverntiltak for de syke i samsvar med råd fra WHO, trene helsepersonell i bruk av beskyttelsesutstyr (ha øvelser)	Ivaretas på det enkelte HF av smittevernpersonell.	HF
6.	Vedlikeholde og revidere alle planer for helse-tjenesterespons ned til minste enhet og ta høyde for bølgetoppen		HF og RHF
7.	Prioritere virologiske undersøkelser av pasienter som har influensaliknende symptomer	Når kapasiteten på analyse av prøver overskrides, bør man prioritere prøver fra helsepersonell, da det er viktig å vite om de faktisk har gjennomgått den aktuelle infeksjonen og kan settes tilbake i arbeid som medfører smittefare.	HF
Fase 6. Pandemi, Norge berørt.			
1.	Iverksette katastrofe- og beredskapsplaner for helsetjenesten og andre nøkkelsektorer på nasjonalt og lokalt nivå		HF og RHF
2.	Overvåke hvordan helsetjenesten fungerer, tilpasse pasientmottak, utplassere tilleggsarbeidskraft og frivillige, sikre personellstøtte, fremskaff medisinsk og ikke-medisinsk hjelp til syke utenfor helsetjenesten og støttegrupper for helsepersonell, rammede og samfunnet	Kriseledelsen på alle nivåer i helsetjenesten har dette ansvaret.	HF og RHF
3.	Iverksette utdeling av antiviralia	Arbeidsgruppe jobber med hvordan dette best kan organiseres.	Avvent resultat fra arbeidsgruppe.
4.	Iverksette vaksinekampanje i hht. gitte prioriteringer	Arbeidsgruppe jobber med hvordan dette best kan organiseres.	Avvent resultat fra arbeidsgruppe.
5.	Iverksette andre vernetiltak	Følg retningslinjer fra FHI	HF
6.	Vurdere og evt. iverksette psykososiale tiltak		HF

Nr	Tiltak fra Pandemiplan	Utfyllende kommentarer	Ansvar (HF- og RHF-nivå)
Postpandemisk fase eller mellom utbrudd			
1.	Lage en rapport om erfaringene fra pandemien innenfor eget ansvarsområde og foreslå endringer i egen katastrofe og beredskapsplan		HF og RHF
2.	Beregne ressursbehovet for evt. nye utbruddsbølger	Viktig å kartlegge helsepersonell som har vært gjennom sykdommen, og som derfor kan benyttes i pleie av nye influensasyke personer. Ressursbehov bør samordnes på regionalt og/eller nasjonalt nivå.	HF
3.	Gjennomgå erfaringene		HF og RHF
4.	Revurdere effekten av behandling og mottiltak, oppdatere anbefalinger, prosedyrer og retningslinjer	Ivaretas av FHI og SHdir.	
5.	Sikre at overarbeidet personell har mulighet til å hente seg inn		HF
6.	Fylle opp lagre av medisiner og andre forsyninger		HF
7.	Gjennomgå og evt. endre planer med tanke på nye bølger		HF og RHF
8.	Støtte gjenoppbygging av nødvendige tjenester og virksomheter	Ivaretas av FHI og SHdir	
9.	Justere definisjoner, prosedyrer og retningslinjer	Ivaretas primært av FHI og SHdir. Evt lokale tilpasninger gjøres av HF	HF
10.	Fortsette vaksineprogrammet etter planene		
Tiltak fremmet på analysedagen			
1.	Knytte en arbeidsbeskrivelse til Regional smittevernoverlege	Regional smittevernoverlege – tillagt avdelingsoverlege Infeksjonsmedisin	
2.	Det er ikke god nok etterlevelse av rutiner pr i dag på innmelding av smittefarlige pasienter for transport. Pasienter som ikke er opplyst smittefarlige kontaminerer ambulanser og reduserer transportkapasiteten midlertidig ved at bilen må dekontamineres. Det er behov for å vurdere hvordan transport av influensapasienter ved pandemi skal ivaretas.	Behov for opplæring av personell i prehospital tjeneste må gjøres lokalt.	HF

Nr	Tiltak fra Pandemiplan	Utfyllende kommentarer	Ansvar (HF- og RHF-nivå)
3.	Informasjon ved truende eller manifest pandemi må være tydelig og presis. Det er svært viktig å unngå panikk og ryktespredning. Det bør legges føringer for hvem som skal gi informasjon internt og eksternt i planene for både RHF og HF	Medisinsk informasjon tilpasset både publikum og helsepersonell legges fortløpende ut på FHI sine sider. Hjemmesider til HF og RHF bør legge inn en peker til FHI sine sider framfor å generere egen medisinsk informasjon. HF sitt informasjonsansvar er i prinsippet avgrenset til å omfatte situasjonen i egen virksomhet.	HF og RHF
4.	Ledelse ved epidemi/pandemi skal følge de prinsipper som nå ligger til grunn i ny pandemiplan. Planverk på HF og RHF-nivå må revideres.	Utdypet i kap.7	HF og RHF
5.	HF må beslutte hvor de første mistenkte influensapasientene skal tas imot i sykehuset, hvem som skal ta i mot dem, og hvordan/om de skal tas inn til videre behandling.	Det blir viktig å ikke skape usikkerhet og frykt verken blant ansatte, pasienter eller publikum. Dette blir en avveining mellom å ta i bruk alle forsiktighetsregler og å ikke overdramatisere situasjonen.	HF
6.	Vurdere behov for intensivkapasitet. Hvilken policy skal gjelde?		

7 ANBEFALINGER TIL REGIONAL HELSEBEREDSKAPSPLAN FOR HELSE ØST

7.1 Smittevernberedskap generelt eller pandemi spesielt?

Gjeldende versjon av regional helseberedskapsplan inneholder et delkapittel og et vedlegg som omhandler smittevernberedskap.

I regionen har man erfart at større smitteutbrudd kan kreve regional samordning (eks. Legionellautbruddet i Østfold i 2005). Det anbefales derfor å etablere en beredskap som vil være gjeldende både ved "lokale" epidemier/krevende smitteutbrudd, samt ved pandemisk influensa.

I Pandemiplanen står det at "Plan for influensapandemi skal være en del av den ordinære beredskapsplan". Det forventes at det er behov for å beskrive tiltak knyttet til de ulike fasene av en pandemi. Derfor kan det være fornuftig å ha de generelle føringer knyttet til smittevernberedskap i hoveddelen av planen, og det spesifikke knyttet til pandemisk influensa i et vedlegg.

For Pandemisk influensa er det trolig fornuftig å presisere forskjellene på

1. Sesonginfluensa
2. Fugleinfluensa
3. Pandemisk influensa

Det bør spesifikt henvises til faginformatjon på FHI sine sider, da mye av dette er direkte anvendbart i planverk på HF-nivå.

7.2 Aktører, roller og ansvar

Aktører, roller og ansvar beskrives grundig i pandemiplanens kapittel 4. Den beskrivelse som foreligger i gjeldende versjon av regional helseberedskapsplan, kan med fordel tas bort og erstattes med en henvisning til dette kapittelet.

Det anbefales imidlertid å beholde oversikten over ressurser som laboratorier i regionen og relevante planverk innenfor smittevern

Videre anbefales det å ta inn en beskrivelse av

- Regionalt kompetansesenter for smittevern
 1. Aker: Antibiotikaforbruk
 2. Ahus: Infeksjonsovervåkning, regionalt laboratorium
 3. UUS: Utdanning, regionsmøter, retningslinjer og prosedyrer
- Referansegruppe for smittevern Helse Øst
- Regional faggruppe for smittevern (4x årlig)

Henvis til Regional smittevernplan.

7.3 Ledelse

Kriseledelse innen helsetjenesten er ofte delt inn i 3 ulike nivåer:

Operativ ledelse	Operativ ledelse skjer på stedet og/eller er knyttet til helt praktiske oppgaver direkte relatert til hendelsen. Eks: Operativ leder helse har ansvar for operativ ledelse på skadested. Videre vil det ofte være en kirurg som utfører operativ ledelse i akuttmottaket ved mottak av katastrofeofre.
Taktisk ledelse	Taktisk ledelse er nivået mellom operativ og strategisk ledelse. Ledelsen på dette nivået bistår operativ ledelse med å prioritere innsats ut fra tilgjengelige ressurser. Innsatsen planlegges og koordineres slik at den samlede krisehåndteringen blir best mulig. Taktisk ledelse krever at man også vurderer situasjonen fram i tid. En kriseledelse knyttet til AMK-sentralen eller akuttmottaket er et eksempel på en taktisk ledelse.
Strategisk ledelse	Strategisk ledelse er det "høyeste" ledelsesnivået. Ledelsen på dette nivået vil i en krisesituasjon se på de langtrekkende virkningene av krisen samt legge en strategi for å minimalisere skaden. Videre vil den strategiske ledelsen fokusere på fortsatt drift på tross av situasjonen. En krisestab bestående av virksomhetens toppledelse kan være et eksempel på en strategisk ledelsesfunksjon.

Innholdet i de 3 ledelsesnivåene varierer noe med hvilket forvaltningsnivå man befinner seg på. På myndighetsnivå vil oppgavene være andre enn for helseforetakene. Prinsippene er likevel de samme.

Ullevål Universitetssykehus HF (UUS) har fått et særlig ansvar ved hendelser som rammer hele eller store deler av egen region eller flere regioner. I forbindelse med slike hendelser skal ledelsen av de samlede helseressursene delegeres til direktøren ved UUS. Ullevål følger ledelsesstrukturen slik beskrevet ovenfor. Pandemiplanen (ref 2) er tydelig på at de samme ledelsesstrukturer skal følges ved pandemisk influensa som ved andre kriser/katastrofer. Kriseledelsen skal imidlertid styrkes med infeksjonsmedisin, mikrobiologi- eller smittevernkompetanse.

Direktøren ved UUS leder den strategiske ledelsesgruppen. Ved Flodbølgekatastrofen i 2004 og Legionellautbruddet i Østfold i 2006 hadde den strategiske ledelsen på UUS jevnlig informasjons- og samordningsmøter med representanter fra de øvrige sykehusene i regionen. Møtefrekvensen vil variere med omfang og type krise. Tilsvarende samordningsmøter vil også være naturlige ved en pandemisk influensa.

Beredskapsgruppen for smittevern i Helse Øst ble etablert ved den første utarbeidelsen av en regional smittevernberedskapsplan. At denne gruppen skal lede regionens innsats ved større smitteutbrudd, bryter med de prinsipper som den nye pandemiplanen er bygd på. Gruppen foreslås derfor avviklet og erstattet med det ordinære kriseledelsesapparatet styrket med relevant fagkompetanse. Det bør imidlertid drøftes om det er behov for en rådgivende faggruppe med representanter fra flere HF samt fra andre sentrale samarbeidspartnere.

Erfaringene fra Legionella-epidemien i Østfold i 2005 viste at det var svært nyttig å ha både smittevernlege/kommunelege samt representant fra FHI i beredskapsledelsen ved sykehuset. Man bør vurdere å gi anbefalinger for hvem som skal sitte i ledelsen ved pandemisk influensa og ved lokalt oppståtte smitteutbrudd.

7.4 Informasjon

Under en pandemisk influensa vil all medisinsk informasjon både til befolkning og helsepersonell gis av FHI. FHI vil utarbeide veiledere og kriterier for prøvetaking, diagnostikk og behandling som er i tråd med internasjonale føringer fra bl.a. WHO.

Ved truende eller manifest pandemisk influensa forventes det stor pågang av spørsmål fra publikum. FHI har egen publikumstelefon. I tillegg vil "røyketelefonen" til SHdir kunne bli omdisponert til å gi informasjon om influensaen. Ved behov ut over dette kan fagpersoner ved det enkelte HF bli bedt om å gi publikumsinformasjon pr telefon.

Det er svært viktig at det ikke oppstår rykter eller usikkerhet rundt håndteringen av en pandemisk influensa. Det enkelte sykehus bør i minst mulig grad utarbeide egen medisinsk informasjon, og i stedet henvise til FHI. Under pandemien bør link til FHI sine hjemmesider ligge lett tilgjengelig både på RHF og HF sine hjemmesider.

Helseforetakene har følgende informasjonsansvar:

- Gi informasjon om status i eget foretak (andel ansatte som er syke, mottatte pasienter etc) til publikum, presse, egne ansatte, UUS sin strategiske kriseledelse og RHF
- Gi informasjon om hvordan sykehuset håndterer krisen
- Henvise publikum til FHI sine hjemmesider
- Aktivt innhente og distribuere relevant fagstoff til egne ansatte fra FHI sine hjemmesider

RHFet har følgende informasjonsansvar:

- Sammenstille informasjon fra sine HF om status og krisehåndtering samt distribuere denne informasjonen internt, til HF, til andre RHF og til eier eller SHdir (avhenger av situasjonen). HOD vil normalt delegere ansvaret for å koordinere krisehåndteringen til SHdir. RHFet skal da rapportere til SHdir iht en gitt mal (gitt av HOD) Denne bør vedlegges. Relevant informasjon legges tilgjengelig for publikum på internettsidene til RHF.
- Henvise publikum til FHI sine hjemmesider
- Om nødvendig bistå UUS eller andre HF med nødvendig informasjonsarbeid
- Videreformidle informasjon fra myndigheter, øvrige RHF og andre til egne HF

Innenfor regionen er fagnettverket innen smittevern uoversiktlig. Derfor anbefales det at det gjøres en kartlegging av relevant smittevernkompetanse. Videre bør man identifiserer kontaktpersoner innenfor hvert HF. Disse skal ha ansvar for å sikre at viktig faginformatjon når alle relevante fagmiljøer.

7.5 Rapportering

Pandemiplanen beskriver rapporterings- og informasjonsveier. I kap. 5 står følgende: "Behovet for samordnet og koordinert rapportering og innsats under en pandemi tilsier at rapporteringslinjene fra helsetjenesten i kommunene etter delegering bør gå gjennom fylkesmannen til SHdir. Regionale helseforetak vil i en slik situasjon etter delegering rapportere direkte til SHdir". Figurer som viser varslings- og rapporteringslinjer er under utarbeidelse hos SHdir.

7.6 Samordning

For spesialisthelsetjenesten blir samordning med kommunehelsetjenesten helt sentralt. FHI vil utarbeide kriterier for hvilke pasienter som skal overføres fra kommunehelsetjenesten til sykehus. Disse kriteriene vil om nødvendig bli endret i løpet av pandemien. Det bør fremgå av den regionale planen at i planfasen er en samordning med kommunene nødvendig. Fylkeslegene kan være viktige samarbeidspartnere. Helseforetakene kan måtte gjøre lokale tilpasninger i kriteriene for fordeling av oppgaver mellom nivåene innenfor helsetjenesten.

Bruk av ressurser fra Sivilforsvar, Forsvar og frivillige organisasjoner krever forhåndsplanlegging og tilrettelegging. Krav om faglig forsvarlighet setter grenser for hvem som kan benyttes direkte i pasientbehandlingen, men det er en rekke andre støttefunksjoner som må dekkes, også ved en pandemi. Det må

beslattes hvilke avtaler som skal inngås på HF-nivå og hva som skal skje i regi av RHF. Scenarioet pandemi aktualiserer behovet for å inngå avtale med frivillige organisasjoner.

8 REFERANSER

1. Lov om Helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000
2. Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid
3. Regionale ROS-analyser, Rev.02, 9.september 2003, Grete Aastorp
4. Nasjonale ROS- og beredskapsanalyser innen helse, Hovedrapport samt Delrapport Epidemi/pandemi, alvorlige sykehusinfeksjoner og terror med biologiske våpen. Grete Aastorp, 2005
5. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Versjon 3.0 fastsatt 16.februar 2006. Helse- og omsorgsdepartementet.
6. Lov om vern mot smittsomme sykdommer, LOV 1994-08-05 nr 55